

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE

Convention collective nationale

IDCC : 7024 | **PRODUCTION AGRICOLE ET CUMA**
(15 septembre 2020)

Convention collective nationale

IDCC : 7025 | **ENTREPRISES DE TRAVAUX ET SERVICES AGRICOLES, RURAUX ET FORESTIERS**
(8 octobre 2020)

Avenant n° 8 du 28 octobre 2024

NOR : AGRS2597115M

IDCC : 7024, 7025

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles FNSEA ;

Fédération nationale des entrepreneurs des territoires FNEDT ;

Fédération nationale des coopératives d'utilisation de matériel agricole FNCUMA,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération générale agroalimentaire FGA CFDT ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes FGTA CGT-FO ;

Fédération de l'agriculture CFTC Agri ;

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux signataires de l'accord national du 10 juin 2008 ont instauré des garanties de protection sociale couvrant les risques santé et prévoyance.

Afin de mettre en conformité la définition du groupe assuré avec le décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective, les partenaires sociaux ont décidé de modifier les dispositions de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire santé et prévoyance en agriculture.

De plus, le tableau des garanties santé est mis à jour par le présent avenant conformément à la réglementation, sans changement sur le niveau des garanties.

Il est précisé qu'en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises des branches sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises des branches, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

Dès lors, les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles signataires décident d'apporter les modifications suivantes aux dispositions de l'accord du 10 juin 2008.

Article 1^{er} | Modifications apportées à l'accord

L'article 1^{er} est modifié comme suit :

« Article 1^{er} | Champ d'application

Le présent accord est applicable sur l'ensemble du territoire national, y compris dans les départements et régions d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (DROM-COM), aux salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 (ci-après dénommés "les salariés") visés aux articles 4.1 et 5.1 du présent avenant au titre respectivement des garanties collectives frais de santé et prévoyance – aux coopératives d'utilisation de matériel agricole, ainsi qu'aux exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie aux subdivisions, ci-après, de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime :

- 1° (à l'exception des centres équestres, entraîneurs de chevaux de courses, champs de courses et des parcs zoologiques) ;
- 2° (à l'exception des entreprises du paysage) ;
- 3° (à l'exception des exploitations et scieries agricoles) et ;
- 4° (à l'exception des établissements de conchyliculture).

Sous réserve des dispositions de l'article 4.4 du présent accord, les employeurs de ces exploitations et entreprises agricoles (ci-après dénommés "les employeurs") appliquent *a minima* le socle de garanties collectives frais de santé et prévoyance instituées par ledit accord.

Les employeurs relevant actuellement d'une convention ou accord collectif, d'un accord ratifié à la majorité des salariés ou d'une décision unilatérale de l'employeur, comportant des dispositions moins favorables que ledit accord, devront appliquer celles du dispositif frais de santé et prévoyance ou adapter leurs garanties pour répondre aux présentes obligations conventionnelles en matière notamment :

- de garanties minimales obligatoires ;
- de conditions d'accès (ancienneté, franchise...) ;
- de financement minimum de l'employeur ;
- de financement au titre du fonds de solidarité à hauteur de 1 % minimum.

S'agissant de la comparaison du niveau des prestations pour l'application des garanties minimales obligatoires, lors de concours entre actes juridiques applicables en matière de frais de santé et ou de prévoyance ; elle devra s'opérer entre chacune des catégories de garanties desdits actes coexistants, c'est-à-dire ligne à ligne, afin que celles applicables aux exploitations et entreprises agricoles concernées soient au moins aussi favorables que pour celles mises en place au titre de l'accord précité.

Suite à cette comparaison du niveau des prestations, pour l'application de la garantie minimale obligatoire, le dispositif frais de santé et prévoyance défini par le présent accord ne se cumule pas avec tout autre système de garanties collectives ayant la même cause ou le même objet. »

L'article 4.1 du dispositif frais de santé est modifié comme suit :

« Article 4.1 | *Salariés bénéficiaires*

Les dispositions du présent avenant, au titre des garanties santé, s'appliquent à tous les salariés visés au champ d'application et ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, bénéficiaires d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de trois (3) mois continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus du dispositif santé :

- les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et techniciens, agents de maîtrise, cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que l'accord précité ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles ;
- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

Pour ces salariés, l'obligation patronale de couverture en matière de remboursement de frais de santé est assurée par le dispositif versement santé tel que défini à l'accord.

Parallèlement :

- les organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles représentatives au niveau d'un champ d'application territorial ou professionnel plus restreint à celui de l'accord ;
 - l'employeur de l'exploitation ou l'entreprise agricole,
- pourront, conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, étendre facultativement ou obligatoirement le dispositif frais de santé, détaillé ci-après, aux ayants droit du salarié. »

L'article 4.5 est modifié comme suit :

« Article 4.5 | *Contrat "solidaire" et "responsable"*

Le présent régime s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits "responsables", institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures.

En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les garanties seront automatiquement révisées dans les conditions et délais fixés par les textes.

À ce titre, il répond à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L. 911-7 et D. 911-1 de ce même code.

Les remboursements garantis par le présent contrat s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au tableau de garanties. »

L'article 5.1 du dispositif prévoyance est modifié comme suit :

« Article 5.1 | *Bénéficiaires*

Les dispositions du présent avenant, au titre des garanties prévoyance, s'appliquent à tous les salariés visés au champ d'application et ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, ayant au moins six (6) mois d'ancienneté continue dans l'entreprise ou l'exploitation agricole et entrant dans le champ d'application dudit accord.

Sont donc exclus du dispositif prévoyance :

- les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et techniciens, agents de maîtrise et cadres relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
- les salariés tels que définis ci-dessus relevant d'un accord collectif étendu plus favorable que le présent accord ;
- les VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles.

La condition d'ancienneté est réputée acquise au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel le salarié acquiert six (6) mois d'ancienneté. »

Article 2 | *Entrée en vigueur*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions arrêtées au présent avenant prendront effet le premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tard le 1^{er} janvier 2025.

Article 3 | *Dépôt et extension*

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant. Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Fait à Paris, le 28 octobre 2024.

(Suivent les signatures.)

Annexe I Tableau des garanties frais de santé

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables ».

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences, du forfait « actes lourds », du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

Les remboursements garantis s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties.

(Voir page suivante.)

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire		Remboursement total (y compris régime de base)	Remboursement total (y compris régime de base et socle)		
	Hors Alsace Moselle	Alsace Moselle	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation, actes techniques)						
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR	220 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR	220 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti - grippale par les sages femmes et infirmiers	60 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 12 séances/an	60 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Sage-femmes	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyses, et examens de laboratoire ⁽²⁾	de 60 % à 100 % BR	de 90 % à 100 % BR	100 % BR	120 % BR	180 % BR	180 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie :						
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	210 % BR	210 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	190 % BR	190 % BR
Actes de prévention ⁽³⁾	de 35 % à 70 % BR	de 35 % à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie	-	-	30 €/ 1 séance / an / bénéficiaire	30 €/ 2 séances / an / bénéficiaire	30 €/ 4 séances / an / bénéficiaire	30 €/ 4 séances / an / bénéficiaire
Médicaments						
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti grippale	de 65 % BR à 100 % BR	90% BR ou 100 %BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	-	20 €/ an / bénéficiaire	30 €/ an / bénéficiaire	40 €/ an / bénéficiaire
- Sevrage tabagique non remboursé par le régime de base (hors et sur prescription médicale)	-	-	-	30 €/ an / bénéficiaire	50 €/ an / bénéficiaire	50 €/ an / bénéficiaire
- Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	-	-	-	20 €/ an / bénéficiaire	30 €/ an / bénéficiaire	40 €/ an / bénéficiaire
Matériel médical						
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Prothèses et petits appareillages, orthopédie, (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR	90 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
- Gros appareillages (sauf prothèses auditives et dentaires)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200% BR	200 % BR	285 % BR + 200 € /an (fauteuil roulant)
HOSPITALISATION						
Frais de séjour	80 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires :						
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	100 % BR	255 % BR	255 % BR	350 % BR	350 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences ⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire)						
- Hospitalisation (hors maternité et psychiatrie)	-	-	25 €/ jour	30 €/ jour	40 €/ jour	75 € / jour pendant 60 jours max/an puis 25 € / jour
- Maternité	-	-	25 €/ jour	55 €/ jour	80 €/ jour	80 €/ jour
- Psychiatrie	-	-	25 €/ jour	30 €/jour	40 €/ jour	75€/ jour pendant 45 jours maxi

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire		Remboursement total (y compris régime de base)	Remboursement total (y compris régime de base et socle)		
	Hors Alsace Moselle	Alsace Moselle	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
HOSPITALISATION (suite)						
Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire)	-	-	-	25 € / jour	35 € / jour	50 € / jour pendant 10 jours maximum/an puis 30 € / jour
Forfait maternité (dans la limite des frais engagés)	-	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	2/5 PMSS	2/5 PMSS
OPTIQUE : 1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁷⁾						
Équipements 100% santé (Classe A) ⁽⁸⁾ :						
- Monture	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Verre	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres équipements (Classe B) :						
- Monture	60 % BR	90 % BR	ADULTE : 15 € ENFANT : 100 €	100 €	100 €	100 €
- Verre simple ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	100 €/verre	100 €/verre	150 €/verre	150 €/verre
- Verre complexe ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	175 €/verre	250 €/verre	300 €/verre	300 €/verre
- Verre très complexe ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	175 €/verre	250 €/verre	300 €/verre	300 €/verre
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁸⁾	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁸⁾	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	90 % BR	0 % ou 100 % BR + 100 € /an /bénéficiaire	0 % ou 100 % BR + 150 € /an /bénéficiaire	0 % ou 100 % BR + 200 € /an /bénéficiaire	0 % ou 100 % BR + 200 € /an /bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	-	-	-	-	300 € / an / oeil / bénéficiaire
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	-	-	-	-	-
DENTAIRE						
Soins, actes, consultations et prothèses 100% Santé ⁽⁸⁾	60 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins, actes et consultations (hors 100% Santé)	60 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay Onlay (hors 100% Santé)	60 % BR	90 % BR	125 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
Prothèses et inlays core (hors 100% Santé)						
- Inlays core à honoraires maîtrisés ou libres	60 % BR	90 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR	690 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ou libres	60 % BR	90 % BR	210 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 360 € / an / bénéficiaire	210 % BR + 450 € / an / bénéficiaire	690 % BR + 400 € / an / bénéficiaire
- Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base, et Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	-	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	90 % ou 100 % BR	160 % BR	160 % BR	230 % BR	300 % BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	-	-	80 € / an / bénéficiaire	90 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁰⁾						
Équipements 100% Santé (Classe I) ⁽⁸⁾						
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	90 % BR	100 % BR	1700 € / oreille	1700 € / oreille	1700 € / oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	90 % BR	100 % BR	1700 € / oreille	1700 € / oreille	1700 € / oreille
CURES THERMALES						
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux, transport, hébergement, surveillance ⁽¹¹⁾	65 % ou 70 % BR	65 % ou 90 % BR	65 % ou 70 % BR ou 65 % ou 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait thermal complémentaire	-	-	-	-	-	150 € / an / bénéficiaire
DIVERS						
Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par le régime de base	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Assistance	-	-	inclus	inclus	inclus	inclus
Réseau de soins	-	-	inclus	inclus	inclus	inclus

BR : base de remboursement ; RO : régime obligatoire ; FR : frais réels ; PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) :
détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13-1 du code de la sécurité sociale.

(7) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(8) tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(9) verres simples Classe B :

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre \leq +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 6 dioptries
- verres neutres

verres complexes Classe B

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère $<$ -6 dioptries et cylindre \geq 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) $>$ 6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre \leq +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) \leq 8 dioptries

verres très complexes Classe B

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre $>$ +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère $<$ -8 dioptries et cylindre \geq 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S $>$ 8 dioptries

(10) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

(11) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes »

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.